

CHECK-LIST SÉCURITÉ RADIOLOGIE - TOMODENSITOMÉTRIE

Votre médecin vous a prescrit un examen tomodensitométrique. Afin que cet examen se passe dans des conditions de sécurité et de confort optimales pour vous, nous vous prions de compléter le questionnaire suivant

ATTENTION: Pour votre sécurité, si ce document est INCOMPLET, l'examen ne pourra pas être effectué.

NOM DU PATIENT: _____

TAILLE: _____ POIDS: _____

Merci de répondre aux questions suivantes:

	Qui	Non
1. Avez-vous des problèmes de thyroïde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Souffrez-vous d'insuffisance rénale (altération de la fonction rénale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà subi un examen radiologique lors duquel vous avez reçu une injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, l'avez-vous bien supportée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allaitiez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Êtes-vous à jeun (cela signifie ne rien avoir mangé ni bu depuis 4h)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Portez-vous un cathéter à chambre implantable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Souffrez-vous d'un glaucome (augmentation de la pression oculaire)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Souffrez-vous d'une hypertrophie de la prostate accompagnée de graves troubles de la miction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Êtes-vous diabétique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Êtes-vous asthmatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Portez-vous une prothèse ? (métal dans le genou, la hanche, le dos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Portez-vous un dentier ou une prothèse dentaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Portez-vous un dispositif externe de correction auditive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je donne mon consentement à l'utilisation de mes images tomodensitométriques à des fins de recherche scientifique (en vue d'un traitement statistique, d'un traitement d'images ou de modèles mathématiques). À l'avenir, le service de radiologie de l'UZ Gent pourra aussi toujours me contacter personnellement, par téléphone ou par e-mail. Mon identité restera cachée à toute personne n'ayant aucune relation de soins avec moi. Je peux retirer ce consentement à tout moment sans que cela n'affecte la qualité de mes examens. Plus d'infos : chef du service de radiologie, secretariaat.radiologie@uzgent.be	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JE DÉCLARE QUE LES INFORMATIONS CI-DESSUS SONT CORRECTES ET PRÉCISES À LA DATE DE L'EXAMEN.

SIGNATURE: _____ DATE: _____

Si vous avez d'autres questions, vous pouvez prendre contact directement avec la personne qui effectue l'examen. Pour les services de polyclinique ou d'hospitalisation: pour de plus amples informations, vous pouvez vous adresser au 26183 (8h - 12h30 et 13h30 - 17h).



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

À compléter par l'infirmier/infirmière

Remarques: _____

Initiales de l'infirmier/du technicien: _____



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be